

CONDADO DE

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
APROBACIÓN DE LOS SERVICIOS
DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)**

(ADDRESSEE)

[]

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN
SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT
OF SOCIAL SERVICES

NOTA: Esta notificación SOLAMENTE se refiere a IHSS. NO afecta lo que recibe de SSI/SSP*, Seguro Social o Medi-Cal**. **MANTENGA ESTA NOTIFICACIÓN CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.**

Fecha de la notificación:
Nombre del caso:
Número del caso:
Nombre del trabajador social:
Número del trabajador social:
Teléfono del trabajador social:
Dirección del trabajador social:

Total de HRS:MINS de IHSS que puede recibir cada mes: _____.
Basándose en la evaluación que se llevó a cabo en _____, usted puede recibir los servicios indicados en las siguientes páginas durante el tiempo que aparece en la columna "Cantidad autorizada de servicios que puede recibir".

- 1) Si un cero aparece en la columna "Cantidad autorizada de servicios que puede recibir" o la cantidad es menos que la columna "Cantidad total de servicios que se necesita", la explicación del motivo aparece en las siguientes páginas.
- 2) "No se necesita" significa que su trabajador social determinó que usted no requiere asistencia con esta tarea. (MPP*** 30-756.11)
- 3) "Pendiente" significa que el Condado está esperando más información para ver si usted necesita ese servicio. Para mayor información, vea las siguientes páginas.

* SSI/SSP = Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado
** Medi-Cal = Programa de Asistencia Médica de California
*** MPP = Manual de Prácticas y Procedimientos

SERVICIOS <i>Nota: Para la descripción de cada servicio, vea la información adjunta “Descripción de servicios”</i>	CANTIDAD TOTAL DE SERVICIOS QUE SE NECESITA	AJUSTE POR OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	CANTIDAD DEL SERVICIO QUE USTED NECESITA	SERVICIOS QUE SE REHUSÓ A RECIBIR O QUE RECIBE DE OTROS	CANTIDAD AUTORIZADA DE SERVICIOS QUE PUEDE RECIBIR
	HRS:MINS	(PRORRATEO)	HRS:MINS		HRS:MINS
SERVICIOS DOMÉSTICOS (por MES)					
SERVICIOS RELACIONADOS (por SEMANA)					
Preparar comidas					
Limpiar después de las comidas					
Lavado rutinario de ropa					
Compra de alimentos					
Otras compras/mandados/servicios de lectura					
SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS (por SEMANA)					
Asistir en lo relacionado a la respiración (ayuda con la respiración)					
Asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga					
Alimentación					
Baños rutinarios en la cama					
Ayuda para vestirse					
Cuidado relacionado a la menstruación					
Ayuda para trasladarse (ayuda para caminar, incluyendo subir y bajarse de un vehículo)					

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR CONDADO DE

SERVICIOS <i>Nota: Para la descripción de cada servicio, vea la información adjunta “Descripción de servicios”</i>	CANTIDAD TOTAL DE SERVICIOS QUE SE NECESITA	AJUSTE POR OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	CANTIDAD DEL SERVICIO QUE USTED NECESITA	SERVICIOS QUE SE REHUSÓ A RECIBIR O QUE RECIBE DE OTROS	CANTIDAD AUTORIZADA DE SERVICIOS QUE PUEDE RECIBIR
	HRS:MINS	(PRORRATEO)	HRS:MINS		HRS:MINS
Ayuda para transferirse (ayuda para acostarse y levantarse de la cama, sentarse y levantarse de un asiento, etc.)					
Dar un baño, higiene de la boca, aseo personal					
Frotar la piel, cambiar de posición					
Ayuda con prótesis (miembros artificiales, aparatos para ver/oír) y/o preparación de medicamentos					
ACOMPAÑAMIENTO (por SEMANA)					
Ir a citas médicas y regresar					
Ir a lugares para recibir servicios en vez de IHSS y regresar					
SUPERVISIÓN CON FINES DE PROTEGER (por SEMANA)					
SERVICIOS PARAMÉDICOS (por SEMANA)					
TOTAL DE HRS:MINS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR SEMANA:					
MULTIPLIQUE POR 4.33 (número promedio de semanas por mes) PARA CONVERTIR A HRS:MINS POR MES:					x 4.33 =
SUBTOTAL DE HRS:MINS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:					
AÑADA LAS HRS:MINS DE SERVICIOS DOMÉSTICOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES (mencionados anteriormente):					
TOTAL DE HRS:MINS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:					

SERVICIOS <i>Nota: Para la descripción de cada servicio, vea la información adjunta “Descripción de servicios”</i>	CANTIDAD TOTAL DE SERVICIOS QUE SE NECESITA	AJUSTE POR OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	CANTIDAD DEL SERVICIO QUE USTED NECESITA	SERVICIOS QUE SE REHUSÓ A RECIBIR O QUE RECIBE DE OTROS	CANTIDAD AUTORIZADA DE SERVICIOS QUE PUEDE RECIBIR
	HRS:MINS	(PRORRATEO)	HRS:MINS		HRS:MINS
SERVICIOS DE TIEMPO LIMITADO (por MES)					
Limpieza profunda					
Eliminación de peligros en el patio/jardín					
Eliminación de hielo, nieve					
Instrucción y demostración					
TOTAL DE HRS:MINS DE SERVICIOS DE TIEMPO LIMITADO QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:					

--	--

¿Tiene preguntas? Por favor comuníquese con su trabajador social de IHSS. El número de teléfono aparece en la parte superior de la Página 1.

Audiencia con el Estado: Si cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el formulario “Su derecho a una audiencia”, incluido en esta notificación, se le explica cómo solicitarla.